



HAL
open science

Influence de l'absence d'un stage de gynécologie au cours du Diplôme d'Etudes spécialisées (DES) de médecine générale sur la pratique du médecin généraliste : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de jeunes médecins installés en Picardie

Matthieu Colchen

► **To cite this version:**

Matthieu Colchen. Influence de l'absence d'un stage de gynécologie au cours du Diplôme d'Etudes spécialisées (DES) de médecine générale sur la pratique du médecin généraliste : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de jeunes médecins installés en Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01346788

HAL Id: dumas-01346788

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01346788>

Submitted on 19 Jul 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2016

N° 2016-24

**INFLUENCE DE L'ABSENCE D'UN STAGE DE GYNECOLOGIE AU
COURS DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES (DES) DE
MEDECINE GENERALE SUR LA PRATIQUE DU MEDECIN
GENERALISTE**

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de jeunes médecins installés en Picardie

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE

(DIPLOME D'ETAT)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 24 MARS 2016

PAR

Matthieu COLCHEN

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean GONDRY

Juges :

- Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE
- Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS
- Monsieur le Docteur Maxime GIGNON
- Madame le Docteur Carole GAFFURI-LEGENT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Pauline PIERRE-DUVAL

**INFLUENCE DE L'ABSENCE D'UN STAGE DE GYNECOLOGIE AU
COURS DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES (DES) DE
MEDECINE GENERALE SUR LA PRATIQUE DU MEDECIN
GENERALISTE**

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de jeunes médecins installés en Picardie

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE
(DIPLOME D'ETAT)
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 24 MARS 2016
PAR
Matthieu COLCHEN

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean GONDRY

Juges :
- Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE
- Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS
- Monsieur le Docteur Maxime GIGNON
- Madame le Docteur Carole GAFFURI-LEGENT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Pauline PIERRE-DUVAL

A mon président de jury,

*Monsieur le Professeur Jean GONDRY
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Gynécologie et Obstétrique)
Chef du Service de gynécologie - obstétrique – orthogénie
Pôle "Femme - Couple - Enfant"*

Vous me faites un grand honneur en présidant le jury de ma thèse. Merci d'avoir accepté de donner de votre temps pour juger ce travail. Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

A mon Juge,

*Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Physiologie)*

*Responsable du Groupe de Recherches sur l'Analyse Multimodale de la Fonction Cérébrale
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académique*

*Vous me faites l'honneur de juger mon travail.
Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.*

A mon Juge,

*Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Rhumatologie)
Responsable du service de Rhumatologie
Pôle« Autonomie »*

*Vous me faites l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury.
Soyez assuré de toute mon estime.*

A mon juge,

*Monsieur le Docteur Maxime GIGNON
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Epidémiologie, économie de la santé*

*Vous m'avez fait l'honneur de juger mon travail,
Veuillez croire en l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.*

A mon juge,

Madame le Docteur Carole GAFFURI LEGENT

Médecin généraliste – Sexologue

Maître de stage en médecine générale

Tu me fais l'honneur de juger mon travail,

De participer à mon accomplissement professionnel,

Il est plaisant de travailler à tes côtés,

Sois assurée de ma reconnaissance et de mon estime.

A ma directrice de thèse,

*Madame le docteur Pauline PIERRE- DUVAL
Chef de clinique
Département de médecine générale*

*Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse,
Merci de ta disponibilité, de ta patience et de tes conseils lors de l'élaboration de ce travail,
Je te souhaite tout le bonheur et la réussite dans tes nouveaux lieux de vie d'exercice,
Pourvu que tes collègues et amis t'aident longtemps à garder ta passion médicale,
Merci également à ton mari qui a participé à sa façon à ce travail.
Sois assurée de ma reconnaissance*

*A Bérénice, ma femme,
Je t'aimais déjà avant de commencer mes études médicales,
Par les moments que nous partageons ensemble tu nourris mon bonheur au quotidien,
Tu m'as donné la joie de devenir père une première fois, et bientôt une seconde,
Merci pour tout ce que tu m'apportes au quotidien*

*A Louis, mon fils,
Qui nous procure de la joie ainsi qu'à toute la famille,
Tu ne cesses de nous surprendre par tes progrès*

*A mes parents,
Vous qui avez su faire naître une vocation,
Vous m'avez toujours soutenu dans les moments de doute,
Merci pour vos relectures, Merci pour tout*

*A ma sœur Anne Cécile,
Ta réussite tu la dois à ton travail et ta persévérance,
Je te souhaite tout le bonheur et l'épanouissement que tu mérites avec Charles
Merci pour ton aide*

*A ma sœur Héloïse,
Par ton orientation professionnelle tu as également choisi de d'occuper des autres,
Je te souhaite de continuer à profiter de la vie, ainsi qu'à ton futur époux Antoine.*

*A mes grands parents,
Vous qui avez participé depuis mon plus jeune âge à mon accomplissement,
Reconnaitre la joie ou la fierté dans vos yeux suffisent à me combler*

*A mes beaux parents,
Merci de m'avoir accueilli dans votre famille,
Merci pour votre aide si fréquente*

*A ma belle sœur Isabelle,
Ton doctorat en pharmacie a fait la fierté de tes parents, merci de tes conseils,
Avec ton mari Mehdi, je vous souhaite maintenant le meilleur,
Je vous remercie également pour votre participation à ce travail avec Rabah*

*Aux copains de la BTT,
A Xavier et Anne-Sophie (Papa et Maman), à leur Romane, à Pascaline (et ses fossettes),
A Henri et Emilie (et nos moments sportifs), à Louis et Joséphine (les globe-trotters),
à Yenyen,
A Groguy et Victoria et à Thomas et Cécile,
Félicitation pour vos engagements, cela promet encore d'excellents moments à partager!
Ces études nous ont permis de nous connaître et de partager des moments inoubliables*

*Aux Docteurs DOUADI et DAYEN,
Qui m'ont permis de prendre confiance lors d'un premier stage d'interne mémorable*

*Aux Docteurs BRUANDET, LUCIANI MADAULE et VIVES,
Merci d'avoir su me transmettre votre vision de la médecine générale*

*Au Docteur Véronique VERREMAN
Tu m'as appris à travailler avec écoute,
À prendre des décisions et à accompagner les mourants,
J'ai beaucoup de plaisir à travailler à tes côtés*

*A l'ensemble de l'équipe infirmière et aide-soignante du SSR de Ham,
J'ai particulièrement apprécié de travailler avec vous,
Et je continue encore à le faire toutes les semaines*

*Aux Docteurs Marc et Carole LEGENT,
Merci d'avoir eu la patience d'attendre la fin de mon DES
Et de m'avoir accordé votre confiance comme remplaçant et bientôt comme collaborateur,
Et à au docteur Amélia-Lee BODIN, future collaboratrice.*

*A ceux que je ne cite pas,
Mais qui ont partagé avec moi des moments mémorables lors de mon internat*

*A Madame Céline EBERTHZEIM, secrétaire du DMG,
Merci d'avoir toujours su répondre alors que je vous sollicitais,
Merci pour les informations transmises qui m'ont permis d'élaborer cette étude*

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	26
MATERIEL ET METHODE	30
1. Sélection de la population étudiée	30
2. Recrutement.....	30
3. Préparation des entretiens semi-dirigés individuels	31
3.1. Programmation des entretiens.....	31
3.2. Préparation du script d’entretien	31
4. Réalisation des entretiens semi-dirigés.....	32
5. Transcription des données	32
6. Analyse des entretiens	32
7. Saturation des données	33
RESULTATS	34
1. Caractéristiques de la population étudiée.....	34
2. Déterminants du choix de stage	35
2.1. Dichotomie entre la gynécologie et pédiatrie	35
2.2. Importance de la pédiatrie.....	35
2.3. Préférence pour une matière	36
2.4. Réputation des stages.....	36
3. Pratique actuelle en gynécologie.....	37
3.1. Ressenti sur la pratique de la gynécologie	37
3.2. Des pratiques inhomogènes	38

3.3.	Facteurs influençant la pratique de la gynécologie/obstétrique.....	39
4.	La formation à la gynécologie.....	42
4.1.	La formation magistrale.....	42
4.2.	Les stages au cours du DCEM.....	43
4.3.	Le stage chez le praticien.....	44
5.	Propositions pour améliorer cette formation.....	46
5.1.	Adapter la maquette du DES de médecine générale.....	46
5.2.	Stage couplé de gynécologie et de pédiatrie.....	47
5.3.	Journées de formation en gynécologie.....	48
6.	Formation post-internat.....	48
6.1.	L'accès aux spécialistes.....	48
6.2.	L'accès à la littérature.....	48
6.3.	La formation médicale continue (FMC).....	49
6.4.	Les diplômes complémentaires.....	49
7.	Les stages ambulatoires en gynéco-pédiatrie.....	50
	DISCUSSION.....	52
1.	La méthode qualitative.....	52
1.1.	Forces et Intérêts de l'étude.....	52
1.2.	Limites de l'étude.....	54
2.	Principaux résultats.....	56
3.	La formation du médecin généraliste.....	57
3.1.	Etat actuel.....	57
3.2.	Evolution et Améliorations.....	58

4. Un DES sans stage gynécologique.....	61
4.1. Intérêt personnel.....	61
4.2. Stages gynécologiques	62
5. Une pratique facultative en médecine générale.....	63
CONCLUSION	65
BIBLIOGRAPHIE	67
TABLE DES ANNEXES.....	71
ANNEXE 1.....	71
ANNEXE 2.....	72

INTRODUCTION

La World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, WONCA, définit en 2002, la médecine générale comme une « spécialité clinique orientée vers les soins primaires » [1]. De nos jours, le médecin généraliste est le spécialiste de premier recours qui coordonne la prise en charge du patient, assure la synthèse, permet la continuité des soins dans le cadre d'un suivi au long cours et développe une démarche de santé publique. Son champ d'action est ainsi large et pluridisciplinaire.

Qualifié en soins primaires, il doit assurer le suivi de ses patients et patientes et tient, à ce titre, une place légitime dans le suivi gynécologique des femmes. Selon Marie France LE GOAZIOU dans la revue du praticien, il peut et doit faire de la gynécologie [2]. Actuellement, les spécialistes de gynécologie obstétrique ne peuvent pas voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, les examens systématiques et de dépistage, les thérapeutiques les plus courantes ou le traitement substitutif de la ménopause [3].

Selon les chiffres de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS) en 2011, seules 25% des femmes en âge de consulter avaient accès à un suivi médical gynécologique alors qu'elles étaient 97% en 1997 [4]. En 2013, au niveau national, 1448 gynécologues médicaux exerçaient versus une prévision de 1259 en 2017 [5]. Par ailleurs, selon Noémie MAURAN à Bordeaux en 2006, le nombre de nominations de gynécologues médicaux à l'internat est insuffisant pour assurer les besoins et leur renouvellement, tant dans les structures hospitalières qu'en libéral [6].

Les médecins généralistes vont donc être amenés à voir leur activité de gynécologie-obstétrique augmenter alors qu'elle représente déjà une part importante de leur pratique avec une moyenne de 9,4 % de leur activité globale [7]. Il est donc nécessaire que les compétences dans ce domaine soient acquises au terme de leur formation médicale initiale.

Pour ce faire, l'interne en médecine générale (IMG) est formé selon les modalités du décret du 16 janvier 2004 et la création du diplôme d'études spécialisées (DES) en médecine générale [8]. Les internes doivent suivre une formation spécifique se déroulant sur trois ans. Actuellement, ils suivent une maquette de six semestres se décomposant ainsi :

Les quatre suivants sont obligatoires selon l'article 3 de l'arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 [9] :

- Un semestre en médecine adulte : médecine interne, médecine polyvalente ou gériatrie court séjour
- Un semestre en gynécologie et pédiatrie
- Un semestre en médecine d'urgences adultes
- Un semestre chez un praticien de médecine générale dit de niveau 1

Il existe ensuite deux semestres dits « libres ». Ils permettent à l'IMG d'avoir accès à n'importe quel stage hospitalier, à un stage chez le praticien de niveau 2 : le Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS) ou encore de réaliser un stage en « projet professionnel ». Ce dernier peut concerner des terrains de stages non proposés par l'Agence Régionale de Santé. Il doit être soumis par les IMG à leurs responsables locaux au cours de leur dernière année de DES si le socle de leur maquette était validé.

Dans son travail de thèse en 2009, Odile ANGOT réalisait un état des lieux du DES de Médecine Générale en France, 3 ans après sa création [10]. Le point noir de la formation pratique du DES était pour la majorité des internes le semestre «pédiatrie et gynécologie». Il s'agissait le plus souvent d'un stage de gynécologie ou de pédiatrie, et non pas les deux, comme dans le texte de loi initial. Ce « ou » apparaît dans l'arrêté du 4 février 2011 [11] relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales. Une première partie de cette thèse s'attachait à établir un état des lieux de la formation dans les facultés de médecine françaises en 2007. Le pôle femme/enfant posait le problème d'un manque criant de terrains de stage adaptés, il souffrait le plus d'inégalités entre les facultés :

- la maquette n'était pas toujours respectée : dans 3 villes, l'interne pouvait valider son troisième cycle sans passer par l'une ou l'autre des spécialités.

- les stages couplés étaient très loin d'être systématiques: seulement 4 facultés couplaient systématiquement les deux spécialités, assurant ainsi une qualité d'apprentissage large ; dans 7 villes, le couplage était totalement inexistant.

- le terrain de stage de spécialité était parfois inadapté au futur exercice de l'IMG. On trouvait ainsi une perte de l'adéquation entre l'activité de l'IMG lors de son stage spécialisé et son futur exercice ambulatoire. Le manque de terrain de stage avait en effet amené certains internes à valider leur stage de gynéco-pédiatrie en réanimation pédiatrique ou au bloc obstétrical.

Une deuxième partie de son travail analysait le ressenti des internes concernant leur formation. Cette enquête portait sur un échantillon de 922 internes en médecine générale. Une très large majorité des internes revendiquait que cette formation devrait comporter un passage obligatoire à la fois en pédiatrie et en gynécologie. Par ailleurs ils réclamaient une formation moins hospitalière permettant de mieux appréhender les soins ambulatoires. Presque 2/3 des internes auraient souhaité effectuer leur stage de pédiatrie sur un poste partagé entre l'hôpital et le milieu ambulatoire.

A Amiens, le choix des stages se fait par ordre de classement au concours des épreuves classantes nationales (ECN) et par ancienneté, de la promotion la plus ancienne à la promotion la plus récente. Avant novembre 2014, l'étudiant devait choisir entre un stage hospitalier de six mois en pédiatrie ou en gynécologie. Depuis cette date le stage de pédiatrie est obligatoire pour tous et ils ont la possibilité de choisir un semestre de gynécologie à la place d'un stage libre.

Depuis l'arrêté du 10 août 2010 [12], le semestre en pédiatrie et en gynécologie n'est plus forcément hospitalier. Il peut également être réalisé en ambulatoire si les terrains de stage sont agréés pour la formation de la médecine générale. Cela permet de passer, par exemple, par la protection maternelle et infantile (PMI), par les Centres de Planification ou d'Education Familiale (CPEF) et par des praticiens qui sont reconnus pour avoir une forte activité dans l'un ou l'autre domaine. Le nombre de ces praticiens, agréés en ambulatoire pour recevoir un interne de médecine générale, est pour l'instant très faible à Amiens. Certains projets professionnels ont pu s'effectuer en PMI ou chez un gynécologue de ville. Ces stages ne remplaçaient pas le stage hospitalier en gynécologie ou en pédiatrie, mais un semestre « libre ».

Le principal syndicat des internes de médecine générale, L'ISNAR (Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale) parlait d'un défaut de formation en gynécologie avec les modalités actuelles du DES. Il avait proposé une refonte de la maquette de médecine générale. Celle-ci inclurait au moins 3 semestres sur 6 en milieu

ambulatoire dont la gynécologie et la pédiatrie [13]. Ces données ont été soumises au Ministère de la santé qui envisage une refonte du troisième cycle des études médicales [14].

Loin de ces évolutions, de 2007 à 2014 de nombreux IMG à la faculté de médecine d'Amiens n'ont finalement pas bénéficié d'une formation pratique en gynécologie. La maquette et les terrains de stages proposés ne leur permettaient pas. Par exemple, lors de la présentation des postes hospitaliers offerts aux IMG en Novembre 2014, seuls 6 stages de gynécologie étaient proposés sur 189 postes ouverts pour l'ensemble des trois promotions (hors projets professionnels) [15]. Ces internes sont ensuite devenus des médecins généralistes diplômés. Nous avons donc cherché quelle était la place de la gynécologie dans leur pratique quotidienne. Le but de notre étude était de comprendre comment l'absence d'un stage en gynécologie au cours du DES influe sur la pratique du médecin généraliste. Nous avons donc choisi de réaliser une étude qualitative sur ce thème.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

1. Sélection de la population étudiée

Notre étude a ciblé les médecins généralistes ayant validé leur DES de médecine générale à la faculté d'Amiens et n'ayant pas effectué de semestre en gynécologie durant leur formation d'interne.

Ils devaient avoir été formés selon les modalités actuelles du DES de médecine générale.

La première commission qui a validé ce DES sous cette forme à Amiens avait eu lieu le 17 Décembre 2007. Notre recrutement s'est donc effectué sur des validations reçues après cette date.

Pour des raisons organisationnelles, nous avons choisi d'interroger des médecins installés en Picardie

2. Recrutement

Afin de recueillir la population étudiée, le département de médecine générale (DMG) de la faculté de Médecine d'Amiens nous a fourni la liste des internes ayant validé leur DES depuis Décembre 2007. La recherche sur internet de leurs coordonnées et leur lieu d'exercice a permis de sélectionner ceux qui étaient installés en Picardie.

La première prise de contact s'est effectuée par téléphone : soit par l'intermédiaire du secrétariat, soit directement. Il était demandé au médecin quel était le stage réalisé durant l'internat pour la gynécologie/pédiatrie : si celui-ci n'avait pas réalisé de stage de gynécologie nous sollicitons un rendez-vous.

Autant que possible nous avons essayé de recruter une population variée en termes de sexe, d'âge ou de lieu d'installation.

3. Préparation des entretiens semi-dirigés individuels

3.1. Programmation des entretiens

Les rendez-vous ont été pris selon la disponibilité des médecins interrogés. La programmation s'est faite au fur et à mesure de l'avancement de l'étude.

3.2. Préparation du script d'entretien

Un script a été établi au préalable (Annexe 1). Ce document avait pour but de servir de trame et de guide pour l'entretien.

Tout d'abord, pour définir la population étudiée, les données sociodémographiques nécessaires étaient recueillies :

- Age
- Sexe
- Année de fin du D.E.S.
- Année d'installation
- Type d'exercice
- Stages réalisés au cours du D.E.S.

Les questions suivantes étaient ouvertes et permettaient de faire le lien entre la formation reçue et la pratique actuelle de la gynécologie.

Les thèmes abordés étaient les suivants:

- Les raisons pour lesquelles les médecins n'avaient pas fait de stage en gynécologie.
- Leur pratique actuelle en gynécologie.
- Leur formation à la faculté Amiens en gynécologie.

- Les solutions pour améliorer cette formation.
- Les formations effectuées depuis la fin de leurs études.
- Leurs impressions sur les stages ambulatoires validant le pôle femme-enfant.

4. Réalisation des entretiens semi-dirigés

Les entretiens se sont déroulés d'avril à octobre 2015 au cabinet des médecins généralistes, un rendez-vous avait été fixé au préalable par téléphone.

Ils ont été enregistrés avec l'accord du médecin interrogé de façon numérique à l'aide d'un téléphone qui possède une fonction dictaphone. A chaque début d'entretien, il était précisé que toutes les données seraient rendues anonymes.

Les questions du script ont été posées dans l'ordre. Mes interventions se limitaient à des phrases de relance ou des demandes de précisions.

5. Transcription des données

Chaque entretien a été retranscrit littéralement à partir de l'enregistrement par dictaphone à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word®.

Lors de cette transcription, l'identité des personnes interrogées a été masquée afin de garantir l'anonymat prévu. Nous avons utilisé un « P » majuscule comme « Praticien » et un chiffre correspondant à l'ordre chronologique des entretiens.

6. Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens semi-dirigés a été effectuée à l'aide du logiciel QSR – Nvivo 10.0®. Ce logiciel apporte une aide technique à l'analyse mais n'effectue aucune interprétation des données.

Nvivo® a permis de faire une analyse de tous les entretiens phrase par phrase, encore appelée *Grounded Theory* [16] ou théorisation ancrée.

Pour chaque entretien, nous avons donc réalisé un « codage ». Cela consiste à extraire des groupes de mots ou des phrases des entretiens, permettant de regrouper des idées semblables présentes dans les entretiens sous forme de catégories encore appelées « nœuds »[17]. L'objectif est de les mettre en lien, d'en ressortir des arguments, ainsi que des réponses correspondant aux questions posées initialement. Ces « nœuds » correspondent donc à nos résultats. Ce principe permet de rendre explicite et compréhensible les grands thèmes dégagés par l'analyse des entretiens et de les mettre en relation.

7. Saturation des données

Le nombre d'entretien n'a pas été déterminé à l'avance. En effet, le principe de saturation des données a été appliqué. La saturation est obtenue lorsque l'analyse des entretiens ne révèle plus de nouvelle information utile pour la compréhension du sujet.

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

TABLEAU I : Population étudiée

Nom	Sexe	Age	Année de Thèse	Année d'Installation	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Durée de l'entretien (minutes)
Praticien 1	F	29	2014	2014	Semi-rural	Groupe	12'
Praticien 2	F	31	2012	2015	Semi-rural	MSP	9'
Praticien 3	H	35	2012	2013	Urbain	Groupe	10'
Praticien 4	H	34	2012	2012	Rural	Groupe	15'
Praticien 5	F	34	2013	2014	Rural	Groupe	8'
Praticien 6	F	30	2012	2014	Semi-rural	MSP	10'
Praticien 7	F	30	2012	2013	Urbain	Groupe	13'
Praticien 8	F	32	2010	2013	Rural	Groupe	12'
Praticien 9	H	33	2012	2013	Rural	Groupe	12'
Praticien 10	F	33	2013	2014	Urbain	Groupe	16'

**MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire*

La population de notre étude a été sélectionnée. En effet, 21 médecins ont été contactés par téléphone. Parmi eux, quatre médecins n'ont pas participé à l'étude puisqu'ils avaient effectué un stage pratique de gynécologie pendant leur internat. Sept autres médecins n'ont pas donné suite. Certains avaient accepté initialement de participer mais ont secondairement décliné la prise de rendez-vous.

Les dix médecins interrogés étaient âgés de 32 ans en moyenne et exerçaient tous comme collaborateurs ou associés. Neuf médecins exerçaient dans la Somme et un dans l'Oise. Tous ont effectué leur DES à la faculté de médecine d'Amiens, seul le médecin « P4 » a réalisé son Deuxième Cycle des Etudes Médicales (DCEM) ailleurs, à la faculté de Lille.

Aucun des médecins interrogés n'a réalisé de stage en gynécologie à l'exception du médecin « P2 » qui a réalisé un projet professionnel en fin de maquette incluant le CPEF et la PMI. Elle a également terminé le DIU de gynécologie à la fin de son internat. Un autre a bénéficié d'un projet professionnel incluant des passages en PMI auprès d'une sage femme. Ce projet professionnel remplaçait le Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (S.A.S.P.A.S.).

2. Déterminants du choix de stage

2.1. Dichotomie entre la gynécologie et pédiatrie

Du fait de la réalisation de la maquette, une majorité des médecins n'ont pas eu l'opportunité de faire un stage de gynécologie.

P4 : Ah oui je l'aurais fait! Si j'avais pu aller me former un peu en gynécologie j'y serais allé. Mais moi ça passait pas dans ma maquette donc c'est réglé...

P7 : Il fallait choisir oui, c'est pédiatrie ou gynéco, et comme il n'y a pas assez de poste de toute façon on ne peut pas faire les deux, même en stage libre. Enfin à priori, à l'époque en tout cas c'était comme ça.

P8 : Choix entre pédiatrie ou gynéco à mon époque... Je ne sais pas si toi c'était pareil ? Mais c'était soit ça : soit l'un soit l'autre.

2.2. Importance de la pédiatrie

Les médecins soulignaient l'importance de la pédiatrie dans la pratique quotidienne en médecine générale. Ils ont donc délibérément mis de côté la gynécologie.

P1 : Je n'ai pas fait le stage en gynécologie parce que... Je me suis dit que, je verrai plus, peut-être, initialement de pédiatrie dans ma pratique quotidienne, toutefois c'est un stage que j'aurais aimé réaliser.

P2 : J'allais pratiquer, être remplaçante... Je me suis dit qu'est ce qui me faut en bagage ? La pédiatrie évidemment ! Il faut que je sois compétente là dedans.

P4 : (...) selon moi plus indispensable d'être calé sur la pédiatrie que sur la gynéco... Parce qu'on est plus amené à en faire en cabinet que de la gynéco...

2.3. Préférence pour une matière

Concernant le choix de stage, il dépendait de l'intérêt du praticien pour la gynécologie.

Un médecin décrivait un manque d'affinité avec la gynécologie.

P3 : Je n'ai pas d'affinité avec la gynécologie en fait. C'est un domaine qui comment dire... ça me gêne beaucoup.

Un autre avait un attrait plus grand vers la pédiatrie que vers la gynécologie.

P10 : Oh ben parce que naturellement je suis plus attirée vers la pédiatrie. C'est quelque chose qui m'attire plus. Avant je voulais être pédiatre. (...) Je me suis dit que vu que j'aime bien la pédiatrie, en médecine générale je verrai de tout mais je pense que je suivrai aussi des enfants puisque j'aime bien ça.

2.4. Réputation des stages

Du fait de la réputation des stages, un médecin interrogé a évité la gynécologie hospitalière.

P9 : Euh.... Parce que euh... L'accès à mon époque était compliqué, était plus compliqué que pour les stages de pédiatrie et les stages n'étaient pas forcément très bien notés par les internes précédents.

3. Pratique actuelle en gynécologie

3.1. Ressenti sur la pratique de la gynécologie

Les médecins étaient assez critiques concernant leur propre exercice de la gynécologie. Leurs sentiments étaient partagés entre les difficultés rencontrées, leur manque d'expérience et malgré tout un certain attrait pour cette spécialité.

Ils étaient nombreux à peu pratiquer et n'étaient pas à l'aise concernant cette spécialité. Un sentiment de manque d'expérience a même été évoqué, avec l'impression de pratiquer certains gestes pour la première fois.

P7 : Ben c'est vrai que le fait de le proposer, de le faire, de se jeter à l'eau... bon des fois il y a des ratés, on peut rater un frottis, ben c'est pas grave, on peut le refaire... Moi je pense qu'il faut continuer à le faire et continuer même si on se dit « mince, ça fait quelques mois que j'en ai pas fait, il faut se jeter à l'eau » en quelque sorte...

P10: (...) j'en fais très peu parce que je suis pas du tout à l'aise dans... voilà, le suivi de grossesse, les frottis... Tu vois je ne suis pas à l'aise pour dire si le col est ouvert, tout ça...

Cependant, pour beaucoup, la pratique de la gynécologie était appréciée.

MOI à P1: Tu aimerais en faire plus? (de la gynécologie)

P1 : Oui moi j'aimerais beaucoup, limite moi ça me dérange pas de me bloquer une demi-heure pour faire que ça.

P2 : J'ai donc mis de côté la gynéco mais je l'ai gardée dans un coin de ma tête en me disant que la gynéco c'est quelque chose qui me plaisait et que je voulais en faire de toute façon.

3.2. Des pratiques inhomogènes

3.2.1. Consultations médicales

Pour tous les médecins interrogés, la pratique de la gynécologie faisait partie de leur quotidien, au moins pour des consultations de suivi gynécologique, d'obstétrique ou de renouvellement de contraceptifs.

P2 : Je fais que de la gynécologie de base, des examens tout simples, du suivi de grossesse aussi lorsqu'il est simple. Je pense : comme un généraliste peut le faire.

P4 : Alors la gynéco... Tout ce qui est contraception ça va, tout ce qui est prise en charge des troubles ménopausiques ça va (...) Je les suis en début de grossesse effectivement parfois les premiers mois parce que c'est notre rôle. Mais après, dès que ça devient plus compliqué c'est plus nous.

3.2.2. Actes techniques

Certains n'effectuaient pas de gestes techniques.

P3 : (...) mais pas de geste, zéro geste. Zéro geste, Zéro examen gynéco .Consultation standard, palpation abdominale... Mais je ne vais jamais en dessous de la ceinture ! (rires)

P5 : Je ne fais plus de frottis par exemple, j'en ai fait au départ mais plus maintenant, j'en ai pas assez fait pour être à l'aise.

Concernant la pose et le retrait d'implants contraceptifs les médecins interrogés semblaient plutôt à l'aise.

P1 : Je fais aussi la pose et le retrait d'implants contraceptifs

P2 : Donc examen standard, pose de spéculum, et réalisation de frottis aussi. Je pose des implants aussi, mais c'est plutôt rare. Je les retire....

Pour d'autres, ils décrivaient plutôt un manque de pratique.

P5 : Un implant j'en ai posé un une fois, justement en grossesse pathos. Mais c'est tout

P6 : Pose et retrait d'implant : pas beaucoup car une seule fois : l'an dernier pose et retrait à la même personne...

La pose de Dispositifs Intra-Utérins (DIU) était inexistante chez tous les médecins interrogés.

P6 : Poses de stérilets je ne fais pas : ça me fait un peu flipper. Surtout par rapport au risque de perforation.

P7 : Si on est sur un geste comme un frottis, c'est pas grave, on prend pas de risque...voilà quoi ! Mais c'est pour ça que du coup je me lance pas à poser un dispositif intra utérin quoi... Parce que là je m'en sentrais pas capable...

3.3. Facteurs influençant la pratique de la gynécologie/obstétrique

La pratique des médecins était influencée par leur intérêt pour la gynécologie et leur propre façon d'être mais aussi par leur lieu d'exercice, leurs prédécesseurs ou encore leur investissement personnel.

La **personnalité du médecin** était prépondérante. Ainsi certains praticiens évoquaient une certaine pudeur ou n'étaient tout simplement pas à l'aise.

*P3 : Pourtant je suis médecin, mais tout ce qui est examen gynécologique j'ai une certaine appréhension... Je ne suis pas à l'aise... pas du tout à l'aise même. (...) La gynéco c'est vraiment... Sous la ceinture ce n'est pas pour moi ! Je réserve ça pour mes nuits de folie!
(Rires)*

P6 : (...) je ne propose peut-être pas facilement aux gens si je ne me sens pas à l'aise.

L'âge était un facteur favorisant. Un médecin décrivait un effet générationnel. **La parentalité** améliorait également l'approche, notamment en obstétrique, pour quelques femmes médecins.

P1 : J'ai succédé à un médecin qui a pris sa retraite donc forcément ça s'est senti... Après je sens que j'attire quand même des gens jeunes du fait de mon âge, de par le fait que les gens savent que je suis maman aussi...

P6 : Après par ma propre expérience de maman aussi.

P7 : Ben c'est vrai que vu mon âge j'ai pas mal de patients plutôt jeunes, donc des jeunes femmes et des nourrissons du coup. Et du coup je fais quand même un peu de gynéco

Le fait **d'exercer en milieu rural** impliquait, pour quelques uns, la nécessité de pratiquer plus de gynécologie-obstétrique.

P8 : Ah ben je pense qu'ici en rural on a beaucoup plus de demandes (...)

P9 : Ca me semble important, les patients sont demandeurs, on est à la campagne.

Pour ceux exerçant en ville, la pratique de la gynécologie-obstétrique paraissait moins nécessaire, **l'accès aux spécialistes** étant plus facile selon eux.

P3 : Ah oui, à la campagne je n'aurais pas pu ne pas en faire, je ne pense pas. Il aurait fallu que je fasse ma psychanalyse et que je m'y mette ! (rires)

P10 : (...) je me dis que si j'ai un problème ou si j'ai un doute, de toute façon, je suis sur Amiens et j'ai accès à... voilà un gynéco rapidement. (...) je pense que si j'étais à 40km d'Amiens : soit je me forcerais soit je n'aurais pas vraiment le choix...

La pratique en **maison médicale** ou la présence d'un **réseau de soins** de proximité (PMI, sages femmes) influait également sur la pratique.

P4 : J'ai des sages femmes autour installées en libéral, comme maintenant elles sont habilitées à suivre les grossesses « normales » jusqu'à un certain stade, il y en a même maintenant qui sont habilitées à faire les échographies... Elles savent faire, elles font ça bien, elles font le suivi post-grossesse, elles font la rééducation périnéales... C'est pratique !

P5 : Enfin, on a une gynéco qui vient ici (dans la maison médicale) donc forcément... (...) Je fais plus de frottis par exemple, j'en ai fait au départ mais plus maintenant, j'en ai pas assez fait pour être à l'aise. Peut être que s'il n'y avait pas de gynéco je m'y remettrais...

Parmi les médecins qui ont repris **l'activité d'un prédécesseur**, certains ont dû s'adapter à la pratique antérieure. En effet, les patientes n'avaient pas pris l'habitude de consulter leur médecin traitant pour leur suivi gynécologique.

P5 : Lors de mes premiers remplacements je faisais des frottis mais ce n'était pas le cas ici. Du coup j'en fais plus du tout.

P6 : Déjà parce que mon prédécesseur n'en faisait pas beaucoup, c'était un homme de 65 ans...

La pratique de la gynécologie était **chronophage** et demandait un temps supplémentaire à des journées déjà bien remplies. Les praticiens interrogés estimaient ne pas avoir le temps suffisant pour s'investir et développer cette pratique.

P4 : Donc voilà, ce n'est pas que ça me dérangerait d'en faire mais en fait c'est peut être déjà que je n'ai pas forcément le temps car j'ai déjà beaucoup de travail par ailleurs.

P8: et puis c'est chronophage hein, ça prend du temps donc oui, ici on tourne trop pour faire des actes euh... qui prennent un peu de temps quoi.

La **responsabilité professionnelle** était aussi à prendre en compte. Les risques de poursuites pénales freinaient la réalisation de certains actes techniques.

P8 : Après tu me posais la question pour les implants et les stérilets, c'est pas forcément qu'à cause de l'assurance : c'est aussi une question de responsabilité médicale et puis par peur, voilà.

P8 : (...) quand j'étais externe au CGO(...) j'ai posé un implant avec un interne et forcément la personne 48 heures après a fait un hématome du bras, forcément... Mais elle a porté plainte contre moi. (...), ça m'a un peu refroidi si tu veux pour en poser quoi.

4. La formation à la gynécologie

4.1. La formation magistrale

Les items du module de gynécologie-obstétrique vus au cours du deuxième cycle des études médicales (DCEM) constituaient un socle commun aux connaissances de tous les médecins.

P1 : Niveau théorique : j'ai celui de l'internat. C'est une matière que j'aimais bien travailler, je pense que ça va.

P4 : Ben oui ce qu'on avait fait en cours le module de gynéco.

Ce socle commun ne suffisait pas à acquérir l'ensemble des connaissances nécessaires selon eux. C'est pourquoi une formation technique était réclamée en parallèle au cours du DCEM.

P8 : Oui, les cours oui.... Après c'est vrai que je me souviens pas avoir eu des cours franchement pratiques quoi. Donc c'est vraiment en stage, voilà quoi.

A la suite des ECN, les IMG d'Amiens bénéficiaient d'environ une journée de formation théorique mensuelle. Celle-ci abordait différents thèmes dont celui de la gynécologie. Les avis étaient mitigés concernant cette journée. Certains participants ont estimé avoir reçu une formation assez sommaire, s'éloignant un peu de leur pratique.

P1 : Insuffisante. (rires) Assez sommaire... C'est un module quoi, ce n'est pas grand-chose, c'est quelques heures... dans une journée !

P5 : Oui, mais ce n'est pas comme la pratique...

Toutefois elle était évoquée comme moment marquant de la formation, notamment pour les actes techniques.

P2 : Ah si on avait eu un cours par Mme B. sur la contraception et le suivi de grossesse ! Un cours assez bien fait je crois.

P4 : Après c'est vrai qu'au cours de la formation théorique du DES on avait eu quelques essais sur des mannequins, donc j'avais déjà une idée et je savais à peu près où ça se posait. C'est pas compliqué franchement...

P6 : On avait un séminaire d'actes pratiques avec Mme B., ça je m'en rappelle. On avait posé des implants et des stérilets.

4.2. Les stages au cours du DCEM

Le stage en gynécologie au cours du DCEM n'était pas obligatoire, certains évoquaient les difficultés pour y avoir accès.

P9 : (...) parce que moi j'avais insisté, enfin je m'étais battu pour que mon dernier stage d'externe j'ai un stage de gynéco.

P9 : Nous c'était en DCEM3 le stage de gynéco à l'époque et ce n'était pas possible car il y avait des systèmes d'ordre et de classements, des choses comme ça et puis euh... voilà.

Cela restait pour beaucoup le seul stage spécialisé en gynécologie réalisé au cours des études médicales. Il était souvent réalisé très tôt au cours des études médicales.

P6 : J'ai fait les stages en même temps que les cours de gynéco, quand j'étais externe, donc je pense que c'est là que j'ai le plus appris. Surtout en consult. J'étais... en D2 je crois...

Le milieu hospitalo-universitaire n'était pas facilitant pour l'intimité d'une consultation gynécologique. Les groupes d'étudiants et la présence des étudiants sage-femme donnaient cette impression de passivité.

P9: (...) en gros on est censé commencer avec des stages de séméiologie où on est 5 à 6 à passer avec la chef de clinique.

P10: Tu vois par exemple au CGO je te dis qu'il fallait se battre avec les sages femmes pour faire des choses, et du coup on était un peu laissé à l'abandon.

Le terrain de stage jouait un rôle prépondérant. Les intervenants insistaient sur le fait d'avoir été plus intéressés par les consultations et les urgences que par les blocs opératoires.

P1 : Je pense qu'en consultation et aux urgences on devrait y passer : c'est le tout venant et c'est intéressant.

P6 : J'avais tourné entre les urgences, la consult et les suites de couches simples et c'est vrai qu'on s'était bien investi et qu'on avait bien appris.

4.3. Le stage chez le praticien

Les avis étaient partagés concernant le stage chez le praticien au cours de l'internat de médecine générale. L'apport éducatif en gynécologie était variable selon la pratique du maître de stage.

P1 : J'ai eu 3 praticiens hommes : le premier je n'en ai pas fait du tout. Le deuxième j'en ai fait un petit peu, et le troisième j'en ai quand même fait pas mal. Il me laissait carte blanche et puis après il passait derrière moi. Donc ça, c'était bien.

P10 : Tu passes chez trois médecins, donc sur les trois il n'y en avait qu'un qui faisait de la gynéco.

Certains se souvenaient avoir acquis des compétences durant ce semestre ou celui de SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Supervisés), même si cette spécialité n'était pas pratiquée de façon homogène.

P2 : Oui, Chez les Dr B. et D. j'en ai fait pas mal, c'est même là que je me suis dit que c'était possible de faire de la gynécologie en médecine générale!

P8 : Je suis passé en SASPAS chez le Dr D. qui fait de la gynéco (...) J'ai fait Abbeville donc lui il en faisait pas, que dalle. Et euh, mon dernier c'est Dr O. lui aussi de la gynéco de base ouais. Le stage praticien le Dr B. il en faisait pas mal ouais, c'est lui qui m'avait remontré les frottis il avait tout ce qu'il fallait : le matériel pour stériliser etc.

P9 : Et puis pendant l'internat le suivi gynéco a plutôt été assuré lors du stage prat : j'avais un praticien qui faisait un peu de gynéco aussi.(...) J'ai eu une bonne partie de ma formation à ce moment là : chez le praticien.

Pour d'autres, ils n'avaient pas été formés à la gynécologie au cours de ce stage.

P4 : Après sur ma pratique gynécologique les médecins chez qui je suis passé pour la plupart ne pratiquaient pas la gynécologie. Donc ce n'est pas en cabinet de ville que j'ai été formé déjà.

P5 : Non, pas dans mon souvenir J'en ai peut-être fait un peu mais.... C'était des hommes et ils en faisaient pas il me semble. Ils n'avaient pas beaucoup de demande.

5. Propositions pour améliorer cette formation

5.1. Adapter la maquette du DES de médecine générale

Certains praticiens ont proposé que le stage de gynécologie devienne obligatoire.

P1 : Déjà la gynécologie ça devrait être obligatoire je pense... Au même titre que la pédiatrie... Pour moi c'est équivalent.

P9 : Et à défaut ça pourrait être au moins obligatoire un semestre, je pense que ça devrait être obligatoire un semestre.

P10 : Déjà par rapport au stage qui doit être obligatoire en gynéco ça c'est... je pense que c'est un passage obligé.

Il a été proposé de faire un stage dans chaque spécialité, sans laisser le choix. Un passage sur les deux terrains de stage paraissait indispensable.

P3 : Oui alors peut être qu'il ne faudrait pas laisser le choix entre la pédiatrie et la gynéco.

P5 : En proposant un stage de gynéco ET un stage de pédiatrie !

P8 : Je pense que c'est nécessaire de faire pédiatrie et gynéco quand tu veux faire médecine générale hein, en stage... Ou alors faut vraiment avoir des prats qui en font beaucoup (...)

Quelques uns ont émis l'idée d'ajouter un semestre à la maquette pour pouvoir réaliser les deux stages.

P2 : Est-ce qu'il ne faudrait pas ajouter un semestre ?

P3 : Peut être faire un semestre de plus ou j'en sais rien mais oui, imposer les deux. C'est vrai qu'on en voit beaucoup quand même de la pédiatrie et de la gynécologie.

P7 : C'est vrai que si on rend les deux stages obligatoires du coup ça rallonge la maquette quoi, ouais...

Proposer un semestre de gynécologie à la place d'un des deux « stages libres » pourrait être également la solution.

P2 : Ou alors que le stage soit disant libre qu'on puisse avoir un accès gynéco...

P6 : En faisant un stage de plus durant l'internat, à la place d'un stage de médecine et d'un stage libre.

5.2. Stage couplé de gynécologie et de pédiatrie

Les médecins proposaient un stage incluant une partie en pédiatrie et l'autre en gynécologie au cours d'un même semestre.

P4 : Moi je dirais qu'il faut scinder en deux le stage de gynéco et pédiatrie car quand tu as fait trois mois de pédiatrie tu as à peu près fait le tour de ce que tu peux voir (...) Ca aurait plus d'intérêt si tu coupais le stage de gynéco-pédiatrie en deux : ce serait moins utile pour le centre hospitalier mais ce serait certainement beaucoup plus utile pour ta formation.

P9 : (...) ou alterner un trimestre de pédiatrie avec un trimestre de gynéco, pour qu'il y ait aussi de la gynéco en même temps quoi.

P9 : 3 mois pédiatrie/ 3 mois de gynéco ça peut être bien. C'est peut être une piste...

L'idée de stages couplés intégrait souvent une réserve sur la qualité de la formation en pédiatrie.

P2 : Trois mois ça passe vite, est-ce qu'on aurait le temps de faire des choses ?... Ca dépend vraiment avec quel médecin on tombe... C'est au bout de 3 mois que tu commences à être à l'aise pour faire des choses et après tu changes...

P6 : Après l'idée de faire 3/3 mois ça fait peut être un peu court pour gérer la pédiatrie.

5.3. Journées de formation en gynécologie

L'alternative de faire des journées de stage en gynécologie ambulatoire a été évoquée, ceci serait notamment possible lors du SASPAS.

P6 : Ah si, j'aurais bien fait. Le SASPAS c'est quand même léger : Faire le SASPAS 3 jours + une journée de Pmi ou de gynéco pourquoi pas...

P8 : je pense pas qu'il soit nécessaire de faire un stage extrêmement long en gynéco parce qu'en fait il y a beaucoup de redondances. (...) Par contre si t'arrives à concentrer en journée de stage en grossesse patho ou on fait que ça de technique alors pourquoi pas? Pourquoi ne pas inclure par-ci par là des journées de gynéco?

6. Formation post-internat

6.1. L'accès aux spécialistes

Utiliser le réseau de soins permettait d'engranger de l'expérience. Le contact des spécialistes et parfois même des amis permettaient de résoudre certaines impasses lors des consultations.

P1 : Après j'ai une copine qui est gynécologue et ça m'aide bien à me mettre à jour aussi!

P4 : Et puis tout ce que je peux avoir à côté en discutant avec des copains gynécologues... Donc quand j'ai un doute je me réfère à eux, je n'hésite pas à les appeler.

P6 : (...) dès que j'ai un doute j'appelle l'interne de gynéco d'avis.

6.2. L'accès à la littérature

Internet était utilisé pour consulter des cours, des revues, ou bien même des vidéos pratiques avant certains gestes.

P1 : Pas mal internet, des « PDF » (...) De petites vidéos sur internet pour les gestes pratiques qui sont assez bien faites ! Après il faut choisir les bons sites !

P4 : Que ce soit le quotidien du médecin, la revue du prat, le généraliste, toutes les revues que je peux avoir sur internet...

Les médecins se formaient également par eux-mêmes dans les livres ou dans les revues.

P1 : J'ai acheté un bouquin de gynéco aussi du collègue des enseignants.

P2 : Je me suis acheté des bouquins, donc formation personnelle...

P9 : Bon après j'ai gardé une pseudo âme d'étudiant et je suis abonné à la revue du prat. C'est pareil tous les trucs de gynéco ça permet de se mettre à jour quand même quoi.

6.3. La formation médicale continue (FMC)

Les médecins participaient à des ateliers lors de congrès, à des cours du soir organisés par des laboratoires ou encore des enseignements postuniversitaires (EPU) organisés entre médecins.

P8 : Après c'est vrai que les FMC, je peux t'en citer quelques unes. J'avais fait 2 ou 3 jours sur vraiment les infections gynécos. Je vais tous les ans au congrès de médecine générale à la Défense en Automne et puis il y a toujours des ateliers pratiques-gynéco. Donc je m'inscris toujours à ceux-là.

P7 : Oui, c'est-à-dire que dans le groupe d'EPU dans lequel je suis, on planifie les sujets sur une année et on essaie d'avoir un panel un petit peu dans chaque discipline quoi. On fait un dossier par année dans chaque discipline comme ça on touche un peu à tout.

6.4. Les diplômes complémentaires

Un médecin avait effectué le diplôme interuniversitaire de gynécologie, ce qui lui a permis d'acquérir l'expérience nécessaire.

P2: Alors, j'ai fais une formation, un DU, et grâce à ça j'ai plus de confiance. (...) ça c'était très très formateur! Avec un cours tous les mois mais aussi 40 demi journées de stage à faire, il fallait faire 20 frottis, poser 5 stérilets, 5 implants... Mes stages je les ai faits au CGO. On faisait vraiment partie de la consultation, on n'était pas spectateur!

D'autres étaient intéressés par ce type de formation, cependant ils manquaient de temps pour s'y inscrire.

P1 : J'aimerais bien faire le DIU sur 2 ans avec le G4. Pour le moment c'est plutôt au niveau personnel que ça freine mais c'est en projet !

P6 : Ben je n'ai pas fait le DU. J'y ai pensé mais voilà...

P10 : Après il y a le DU de gynéco, donc ça c'est quelque chose que j'aimerais bien faire. Mais bon ça c'est... faut trouver le temps, faut trouver une journée...

7. Les stages ambulatoires en gynéco-pédiatrie

Aucun des médecins interrogés ne connaissaient ce type de stage. Tous lui reconnaissent cependant un grand intérêt car il couplait la pratique ambulatoire de la gynécologie et de la pédiatrie. Ces stages seraient plus proches de la pratique quotidienne d'un médecin généraliste que les stages hospitaliers.

P1: Après il faut que ça colle à la pratique et que ce soit pas de l'hyper-spécialité qu'on ne reverra jamais en MG. Car je pense que ça colle vraiment à la pratique.

P2 : (...) les patients qui vont voir un gynéco en libéral, en ville, et bien c'est plutôt proche de ce qu'on reçoit au cabinet tous les jours! Je me dis qu'au final ce serait sans doute pas plus mal...

P3 : Je pense que ça peut être très bien si c'est ça la question car je pense que ce n'est pas la même pratique en ville et à l'hosto!

P10: En fait c'est plutôt des stages qui semblent plus axés sur la pratique qu'un médecin généraliste pourrait faire, de pédiatrie ou de gynéco...

Ce genre de stage paraissait plus intimiste et donc plus propice à la pratique de gestes ou d'examen cliniques, tout en permettant de ne pas allonger la maquette du DES.

P7 : Effectivement, déjà je pense que c'est un bon compromis, ça permet de voir pas mal de choses sans allonger la maquette. C'est peut être aussi plus pratique pour la médecine générale : le planning, la PMI, pour la médecine de ville, c'est adapté quoi(...). Il y a un cadre beaucoup plus intimiste aussi, ça permet de faire des gestes tranquillement par rapport à l'hôpital avec les externes et les étudiants sages-femmes, ça fait beaucoup quoi.

P9: Ca peut être que bénéfique forcément, (...) enfin les choses qui peuvent être prises en compte par un médecin généraliste comme la contraception, le spéculum, l'implant euh... toute la gynéco...

Cependant, une réserve était émise à l'égard de la pédiatrie hospitalière, certains parlaient d'un stage indispensable, d'autres non.

Certains n'auraient pas imaginé se passer de stage de pédiatrie.

P8 : Euh je pense pas par contre qu'il faille passer à côté de ça parce que la pédiatrie c'est tellement complexe que le tout commun de PMI ne suffit pas à la pratique. (...) En pratique on voit des cas, c'est à nous de décider si on va hospitaliser ou pas.

D'autres, au contraire, trouvaient ce stage optionnel, en préférant aborder la pédiatrie par une vision libérale. Ils estimaient aussi que les urgences pédiatriques étaient assez proches d'une pratique ambulatoire.

P9 : parce qu'au final la pédiatrie en hospitalier c'est bah... pour la pratique en médecine générale on va dire c'était pas forcément obligatoire et je pense que pour la pratique, surtout avec le recul, je pense que j'aurais opté pour ce type de stage ambulatoire.

P10 : Oh ben oui, de toute façon mon stage de pédiatrie à Laon (...) c'était un peu de la consultation de médecine générale quand même donc euh... (...) C'était un peu comme de la médecine ambulatoire de pédiatrie je pense.

DISCUSSION

1. La méthode qualitative

1.1. Forces et Intérêts de l'étude

Certaines études, comme celle de Sabrina DIAS à Paris en 2010 [7] ou celle de Lucie DESMOND à Tours en 2013 [18], se sont intéressées à la pratique du médecin généraliste en gynécologie-obstétrique. Ces thèses étaient descriptives et dressaient un état des lieux des différents motifs de consultations et des gestes pratiqués. Elles concluaient entre autres que la formation en gynécologie paraissait insuffisante. Lila BEN ABDALLAH, à Lyon en 2013, s'est elle attachée à définir les déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes en utilisant une méthode qualitative proche de la notre. [19] Elle aussi parlait d'une formation inadaptée à l'exercice du médecin généraliste et trop peu pratique. Toutefois cette formation n'était pas le point central de leurs études. Jadwiga Zmudka à Amiens en 2010 avait lui aussi travaillé sur la pratique de la gynécologie médicale et obstétrique des médecins généralistes en Picardie : les obstacles, les attentes et les besoins en formation [20]. Il concluait notamment que les médecins interrogés possédaient « *globalement un savoir théorique de bon niveau en matière de gynécologie et d'obstétrique, mais qu'ils ne le mettaient pas forcément en pratique dans leurs cabinets à cause du manque d'un chaînon entre la théorie et l'application finale (stages, ateliers, séminaires)* ». L'âge moyen des médecins qu'il avait interrogé était de 53 ans, leur formation et leur expérience était très variable d'un individu à l'autre contrairement à notre population. Une des forces de notre étude est d'avoir sélectionné une population de jeunes médecins installés en Picardie et ayant tous reçus la même formation. Nous n'avons pas inclus les remplaçants. Ces derniers s'adaptent à la pratique du médecin qu'ils remplacent. Notre travail est donc novateur puisqu'il permet d'interpréter la pratique gynécologique du médecin généraliste en fonction de la formation qu'il a reçu.

Aucune étude ne s'était intéressée jusque là à l'influence de l'absence d'un stage de gynécologie au cours du DES de médecine générale sur la pratique du jeune généraliste. Nous avons donc cherché à comprendre l'effet que cela avait sur les médecins formés selon les modalités actuelles de ce DES et avant sa refonte. En effet, une réforme le concernant est en cours et pourrait être effective dès la rentrée universitaire 2017 [13]. Cette réforme pourrait amener à rendre obligatoire le passage sur un terrain de stage de gynécologie-obstétrique sous forme de stages couplés à la pédiatrie en ambulatoire [14].

Pour se faire, il nous a semblé qu'avoir recours à une étude qualitative était mieux adaptée à notre problématique. Nous avons procédé par entretiens semi-dirigés auprès d'une population de médecins sélectionnés. Cela a permis d'adopter une démarche compréhensive, en essayant d'expliquer leur comportement vis-à-vis de la gynécologie au quotidien. Ici il ne s'agissait pas de mesurer ou de quantifier, mais de laisser libre cours aux médecins interrogés à propos de thèmes proposés par des questions ouvertes comme « Comment », « Pourquoi » ou « c'est-à-dire » [17]. Cette méthode a permis de s'affranchir des idées préconçues sur la pratique de la gynécologie ou sur la formation gynécologique, ce qui n'est pas le cas avec l'utilisation d'un questionnaire dans le cadre d'une étude quantitative. La méthode de la théorisation ancrée vise à produire une théorie non pas à partir de catégories conceptuelles puisées dans la littérature mais à partir de données recueillies auprès de personnes ayant une expérience significative permettant la description approfondie du phénomène à l'étude.

Le recueil de nos informations devait permettre la saturation des données, c'est-à-dire permettre au chercheur d'avoir une compréhension la plus complète possible du sujet étudié, en s'assurant que l'ajout de participants n'apporterait pas de nouvelles données utiles à cette compréhension. Il nous a semblé avoir obtenu cette saturation des données dès le neuvième entretien. Nous en avons réalisés dix pour nous en assurer.

1.2. Limites de l'étude

En médecine, les études qualitatives sont encore minoritaires et souvent mal comprises de la communauté scientifique. En effet, ce type de travail n'a pour vocation ni d'avoir un échantillon représentatif, mais un échantillon dit de qualité, ni de produire des résultats chiffrés mais plutôt un recueil « anecdotique » des données et d'en faire une analyse subjective. Son but est de produire des hypothèses et des théories [21]. Plusieurs chercheurs ont tenté d'établir des grilles d'évaluation, afin de mieux comprendre et d'évaluer les travaux qualitatifs. Deux chercheurs français en ont proposé une, comportant douze critères d'évaluation, comparables à ceux de la recherche quantitative [22] [23]. Parmi eux, la problématique et la question de recherche doivent être explicitées dans l'introduction, la sélection des participants décrite dans la méthode et les résultats illustrés par des citations.

A partir de cette grille d'évaluation, plusieurs limites concernant notre étude se sont dégagées.

Concernant le recueil des données, notre choix s'est porté sur des entretiens individuels plutôt que des entretiens collectifs, ou *focus groups*. Le choix des *focus groups* semblait intéressant car le dynamisme et l'interaction dans le groupe auraient pu générer une grande richesse d'informations qu'on ne retrouve pas forcément lors d'entretiens individuels. Cette méthode est particulièrement intéressante chez des individus partageant le vécu d'une même expérience. De plus, elle aurait permis de réduire l'influence de mon inexpérience en tant qu'interviewer en diminuant les interventions de relance ou de reformulation. Ce manque d'expérience a pu être un frein pour cette étude puisque j'ai proposé quelques questions fermées et ainsi créé un biais d'intervention. Nous avons finalement dû choisir les entretiens individuels plutôt que collectifs car ceux-ci imposent d'importantes contraintes temporelles et géographiques. En effet, ceux-ci étaient beaucoup plus simples à organiser auprès de médecins ayant un emploi du temps déjà chargé.

Enfin, pour gagner en crédibilité, l'analyse des données doit recourir à une « triangulation des chercheurs », c'est-à-dire que les données doivent être analysées par au moins deux chercheurs. Ce type d'analyse n'a été effectuée qu'initialement pour quelques entretiens.

Concernant la sélection de notre population nous devons nous attacher à recruter la population la plus hétérogène possible, tout en ayant défini des critères de sélections au préalable.

Nous nous sommes surtout attachés à obtenir une répartition égale du milieu d'exercice (urbain, semi-rural ou rural). Parmi les médecins installés, 9 exerçaient dans la Somme, 1 dans l'Oise et aucun dans l'Aisne. Dans la Somme, la liste des installations était plus facilement accessible que dans les autres départements et ceci nous a permis de corroborer ces données. En effet, l'Ordre des médecins de la Somme proposait sur son site internet une liste des jeunes médecins installés contrairement à l'ordre des médecins de l'Aisne ou de l'Oise. Ces deux derniers n'avaient qu'une liste de médecins installés sans pouvoir les classer par date d'installation.

Cependant, notre population manque d'hétérogénéité concernant le genre des participants et les modalités d'installation. En effet, notre effectif comporte plus de femmes que hommes, ce qui peut avoir eu une influence sur nos données. Ceci est dû à un plus grand nombre de réponses favorables de la part des femmes médecins et à leur proportion plus importante sur la liste de personnes potentiellement interrogeables. Ce chiffre suit plutôt la tendance de la féminisation de la médecine générale, phénomène étudié par Céline BOYAUD-GHIDOSI à Grenoble en 2011 [24].

Nous n'avons pas interrogé de jeune médecin exerçant seul, tous exerçaient en maison de santé pluridisciplinaire ou en collaboration avec d'autres médecins. Ceci est le fait du hasard et cela ne faisait pas partie de nos critères de recrutement. Les jeunes médecins s'installent souvent en groupe. Par exemple dans les Pays de la Loire en 2011, cela concernait 88 % des médecins généralistes de moins de 45 ans selon une étude menée par l'URPS [25]. Ce chiffre n'a pas été trouvé pour la Picardie. Charlotte CHANDEZ et François CHIRON, en 2013 à Grenoble, avaient présenté une étude qualitative sur les facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale chez les internes et les jeunes médecins récemment installés [26]. Le principal moteur de cette installation était l'exercice en groupe pour la mutualisation des compétences, des connaissances, et des tâches.

Par ailleurs, aucun médecin ayant validé son DES entre 2007 et 2010 n'a été interrogé. Ceci s'explique par la difficulté de recrutement de ces médecins. La première commission ayant

validé les diplômes du D.E.S. de médecine générale à Amiens n'avait eu lieu qu'en toute fin d'année 2007, le 17 Décembre. Lors des premières commissions, les effectifs étaient très faibles et nos recherches n'ont permis de relever que 12 médecins installés en Picardie ayant validé leur DES de 2007 à 2010. Les autres avaient quitté la Picardie ou remplaçaient en attendant d'avoir validé leur thèse. Parmi eux, certains s'étaient spécialisés autrement (1 en médecine du sport, 1 en angiologie), 2 autres avaient réalisé un stage de gynécologie et avaient été exclus. Parmi les restants, deux médecins avaient été contactés mais n'avaient pas donné suite.

2. Principaux résultats

Au cours de leur DES de médecine générale, les médecins de notre étude ont été obligés de choisir entre un semestre de pédiatrie ou un semestre de gynécologie. Ils ont évoqué cette dichotomie plutôt que le manque de terrain de stage proposé. Ils ont souvent préféré faire un stage de pédiatrie vu la place que celle-ci occupe dans la pratique courante du médecin généraliste et vu l'intérêt qu'ils y portaient. Cependant, ils regrettaient de ne pas avoir pu réaliser les deux stages.

Il existe plusieurs déterminants à la pratique de la gynécologie en médecine générale, ceci est à prendre en compte pour mesurer les conséquences de l'absence d'un stage en gynécologie au cours du DES. En effet, bien qu'ayant eu une formation assez similaire, les pratiques des médecins que nous avons sollicités étaient très hétérogènes. Leur façon d'exercer semblait surtout dépendre de l'intérêt qu'ils avaient pour cette spécialité. L'aspect chronophage lié à la technicité de la gynécologie était un frein à sa pratique tout comme l'aspect médico-légal qu'impliquent certains gestes. Grâce aux réseaux de soins à proximité et à leur exercice en maison médicale ils avaient souvent le choix de déléguer certains motifs de consultation. Notre population de jeunes médecins était encore souvent sous l'influence du prédécesseur si celui-ci pratiquait peu la gynécologie. Le jeune âge du médecin et la parentalité favorisaient cependant les consultations de jeunes mères.

Globalement ils avaient une vision péjorative de leur pratique de la gynécologie-obstétrique qui se traduisait par un manque d'assurance vis-à-vis de certains gestes. Ils continuaient à se former par le biais de la littérature, d'internet, de FMC et parfois de diplômes

complémentaires. Ils engrangeaient de l'expérience grâce à l'avis des spécialistes auxquels ils adressaient leurs patients.

Leur formation influençait donc leur façon d'exercer. Au cours de leur DES, les moments les plus marquants de l'apprentissage de la gynécologie étaient l'enseignement magistral avec les gestes sur mannequins et le stage chez le praticien où l'enseignement était très disparate.

Des propositions émanent de nos entretiens pour améliorer la formation en gynécologie au cours du DES de médecine générale. Les médecins proposaient soit de coupler le stage de gynécologie au stage de pédiatrie, soit de réaliser un stage de gynécologie lors de la dernière année, à la place d'un stage libre, soit d'ajouter un semestre à la maquette du DES, ou encore d'introduire des journées d'immersion en stage de gynécologie. Pour la grande majorité, le passage sur les deux terrains de stage paraissait indispensable.

Aucun d'entre eux n'avait spontanément proposé de semestre ambulatoire de gynécologie ou de pédiatrie. Certains avaient réalisés projet professionnel en remplacement d'un SASPAS incluant des passages en PMI par exemple. Tous les médecins interrogés reconnaissaient un grand intérêt à ces stages, plus proches de leur pratique actuelle. Ces stages auraient certainement permis d'asseoir leurs compétences et leur confiance. Cependant ils craignaient que l'ambulatoire seul ne soit pas suffisant pour s'aguerrir en pédiatrie, notamment concernant les urgences.

3. La formation du médecin généraliste

3.1. Etat actuel

Les médecins de notre étude étaient d'abord formés lors du Deuxième Cycle des Etudes Médicales (DCEM). Une formation magistrale leur était dispensée mais également des stages pratiques. Ce socle de connaissances théoriques était commun à tous les médecins et leur semblait acquis.

Ensuite, concernant le DES de médecine générale, notre population a reçu une formation dispensée sous forme de journées de cours théoriques avec des gestes techniques sur mannequins. Bien que courtes, ces journées étaient un fait marquant de la formation à la

gynécologie. Le seul moment où les IMG pouvaient mettre en pratique cet apprentissage était le stage chez le praticien mais la pratique de la gynécologie y était inhomogène. Ainsi certains médecins n'y avaient pas réalisé de geste technique ni d'examen gynécologique. Ils continuaient donc à se former après la fin de leurs études pour perfectionner leur pratique.

Selon le code de déontologie médicale, le fait de continuer de se former après la fin de ses études médicales est un devoir [27]. Cela est devenu une obligation légale en 1996 [28] [29], d'abord avec la Formation Médicale Continue (FMC) [30] et depuis le 1er janvier 2013 avec le Développement Professionnel Continu (DPC), qui est devenu obligatoire pour tous les professionnels de santé. Ce dernier est un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles [31]. Toutefois, dans notre situation, nous nous sommes demandé si ce devoir de formation n'était pas plutôt une nécessité concernant la gynécologie.

En effet, les médecins qui n'ont pas bénéficié d'un stage pratique de gynécologie en tant qu'IMG se trouvent face à des consultations complexes. Ils prennent donc avis ou bien délèguent à d'autres professionnels de santé. S'ils sont à l'aise sur la théorie, la mise en pratique requiert une certaine assurance, notamment avec les risques médico-légaux. Ce pont entre la théorie et la pratique semble pourtant être accessible en Picardie. Cela nécessite la mise en place d'améliorations et de voir évoluer les terrains de stage.

3.2. Evolution et Améliorations

Dans notre étude, les médecins ont proposé des solutions pour améliorer la formation qu'ils ont reçue au cours de le DES de médecine générale à la faculté de médecine d'Amiens. Plusieurs propositions ont été retrouvées, celles-ci avaient pour but d'adapter la formation en fonction des situations qu'ils rencontraient au quotidien en tant que médecin généraliste.

Les médecins avaient évoqué la possibilité de coupler le semestre de pédiatrie et de gynécologie sous la forme d'un trimestre dans chaque spécialité. Jusque là ces stages couplés n'ont pas pu être proposés en Picardie à cause du manque de terrains de stage et de l'entente particulière entre services que cela demande. Ils existent ailleurs et sont notamment mis en valeur pour attirer les jeunes IMG dans certaines villes. C'est le cas à Besançon, Rennes ou Toulouse par exemple, puisque ces données ont été retrouvées dans un guide fourni aux

nouveaux internes de médecine générale par le principal syndicat d'internes en médecine générale, l'ISNAR-IMG [32]. Ces stages permettent de délivrer une formation dans les deux spécialités sans allonger la durée totale du DES. Les médecins interrogés dans notre étude émettaient cependant une certaine réserve vis-à-vis de la courte durée du passage en pédiatrie.

Aucun médecin n'a spontanément évoqué l'intérêt d'un stage ambulatoire en gynécologie-obstétrique sauf par l'intermédiaire de projets professionnels. Dans d'autres facultés ces stages ambulatoires existent et remplacent le passage hospitalier en pédiatrie et/ou en gynécologie [32]. Le contenu de ceux-ci a été étudié dans deux études prospectives par Sandrine BAGAN à Toulouse en février 2012 [33] puis par Anne-Laure BRES à Toulouse également en fin d'année 2012 [34]. Leurs thèses ont permis de constater qu'il s'agit de lieux particulièrement formateurs pour les motifs de consultation courants. La prévention et le dépistage des cancers gynécologiques, le suivi de grossesse, la prise en charge des IVG et la contraception orale y étaient largement abordés. Quelques insuffisances persistaient concernant la prise en charge de la ménopause, des pathologies urologiques, du post-partum et des violences. Les IMG n'y réalisaient pas assez de gestes techniques tels que la pose de Dispositifs Intra-Utérins (DIU) et d'implants. L'enseignement théorique, dispensé sur mannequins, gardait alors toute sa place et restait pertinent. Ces stages annexes apportaient beaucoup dans l'acquisition du savoir faire en ce qui concerne d'autres gestes techniques comme la réalisation d'examens gynécologiques, de frottis du col utérin et les prélèvements vaginaux. Selon Anne-Laure BRES, la relation médecin/malade ne peut être abordée qu'au cours de stages pratiques, et lorsqu'elle concerne l'intimité de la femme, l'abord relationnel est d'autant plus important. Ces lieux de stage sont donc des lieux privilégiés pour que l'interne y acquière les compétences nécessaires.

Nos médecins ont également proposé d'allonger la maquette actuelle du DES de médecine générale. Cette perspective est actuellement étudiée. Une réforme est à l'étude et est sous la responsabilité du Pr B. SCHLEMMER, doyen de la faculté de médecine Paris Diderot et donc chargé de mission ministérielle. Il s'appuie sur le rapport Couraud-Pruvot distribué aux ministres en Avril 2014 [35]. Depuis les discussions sont ouvertes. Lors du 15ème congrès du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), en novembre 2015 [36], le Pr C. GHASAROSSIAN parlait des points faibles actuels du DES de médecine générale, parmi ceux-ci, le manque de confrontation, en ambulatoire, à des situations de soins de santé de la femme et de l'enfant, et le manque de stages ambulatoires. Afin de mieux préparer les internes à leur mission de médecins généralistes, une refonte du DES actuel est nécessaire.

Pour lui, ce nouveau DES devrait durer quatre ans et se tourner davantage vers la formation ambulatoire. Il nécessiterait pour l'IMG une exposition plus précoce à son futur métier et aucune année sans stage ambulatoire. Trystan BACON, président de L'ISNAR, évoquait lors de cette réunion les difficultés actuelles que rencontre le pôle femme-enfant. Il soulignait l'importance des stages couplés ou encore des stages ambulatoires mais souhaitait que la durée du DES soit maintenue à 3 ans. Tous les intervenants étaient d'accord pour reconnaître un manque de terrains de stage hospitaliers comme ambulatoires.

L'absence d'un stage pratique de gynécologie au cours de l'internat est en grande partie due à l'obligation de choisir entre la pédiatrie et la gynécologie. C'est le cas à Amiens puisque la maquette du DES actuel est ainsi faite. Des évolutions semblent possibles. Pour se faire il faudra coupler deux postes d'internes au cours d'un même semestre, un en gynécologie et l'autre en pédiatrie, puis d'échanger les internes au bout d'un trimestre. D'autres facultés ont réussi à les organiser en et s'en servent pour attirer les jeunes IMG. La Picardie, qui présente une démographie médicale préoccupante, se doit d'être attractive pour les jeunes médecins [37].

La prochaine réforme du DES s'oriente davantage vers l'ambulatoire. Elle imposera le recrutement de nouveaux Maîtres de Stages Universitaires (MSU). Ce recrutement n'est pas aisé et implique une réflexion dès à présent. Comme le soulignait Pauline PIERRE-DUVAL dans sa thèse à Amiens en 2013, il existe de nombreux freins à devenir MSU en médecine générale [38]. Parmi ces freins, la relation médecin-malade et l'intimité que requiert une consultation de gynécologie-obstétrique est au cœur du problème. Les MSU devront recevoir une formation adéquate et répondre à certains critères pour que leur stage soit validant pour une spécialité. L'exemple de Poitiers, qui propose déjà ce genre de stage, impose une liste précise et une lettre de motivation [39]. Le Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP) d'un praticien permet de juger de la proportion de pédiatrie ou de gynécologie dans son activité. Il est un outil de recrutement intéressant. Vu la quantité importante de terrains de stages nécessaires il faudra aussi mobiliser des structures comme les centres de planification, les PMI, les cabinets de sages femmes et les cabinets gynécologues libéraux.

4. Un DES sans stage gynécologique

4.1. Intérêt personnel

Au cours de leur internat, des médecins ont expliqué que leur choix entre la pédiatrie et la gynécologie était d'abord orienté par leur intérêt personnel. Lila BEN ABDALLAH, dans son étude qualitative, faisait ressortir les principaux déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes [19]. Pour elle, c'est l'intérêt manifesté par les médecins généralistes pour la gynécologie qui est le moteur principal à la pratique de cette compétence. A contrario, le désintérêt du médecin généraliste pour cette discipline est un des principaux obstacles retrouvés.

Pour notre population, c'était surtout l'importance de la pédiatrie dans la pratique du médecin généraliste qui était le principal facteur motivant l'absence d'un stage de gynécologie. Cette impression est fondée puisque la Société Française de Médecine Générale (SFMG), dans son communiqué du 4 janvier 2005 [40], rappelle que 79 % des enfants de moins de 15 ans sont pris en charge exclusivement par leur médecin de famille ; parmi les 21% d'enfants restants, 16% sont suivis conjointement par un médecin généraliste et un pédiatre, 5 % sont suivis exclusivement par un pédiatre. L'intérêt personnel de nos médecins était donc mis en exergue avec cette intention de se former au mieux pour l'image qu'ils se faisaient de la médecine générale.

Cette part importante de pédiatrie fait pourtant face à un fort taux de consultations gynécologiques. Selon Sabrina DIAS en 2010 dans son état des lieux de la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes d'Ile de France ce taux est de 9.4% dans l'activité globale du médecin généraliste (12.6% chez les femmes) [7]. Et selon la thèse de Nadège LAUCHET, à Limoges en 2010, sur la pratique en gynécologie médicale des médecins généralistes de Haute Vienne, cela représenterait 14 actes hebdomadaires chez les praticiens femmes (13 chez les praticiens hommes) [41]. Pour rappel le nombre d'actes hebdomadaire du médecin généraliste est de 150 en moyenne selon un article de 2004 (faute d'article plus récent) [42].

Un médecin de notre étude criait son manque d'intérêt pour la gynécologie. Il avait pourtant pu assister des consultations de gynécologie chez le praticien au cours de ses stages d'IMG et même pu pratiquer certains gestes. Aujourd'hui il ne pratique presque pas car cela ne

l'intéresse guère. L'intérêt pour la spécialité motive donc le choix du stage de l'IMG au cours de son DES de médecine générale et sa pratique future.

4.2. Stages gynécologiques

Pour l'un de nos médecins, le choix de stage avait été influencé par le faible attrait des stages en gynécologie hospitalière.

Cette remarque ne semble pas fondée au regard de la littérature. Dans sa thèse à Paris VII en 2011 sur la formation gynécologique au cours du DES de médecine générale [43], Jules CLEMENT compare les compétences acquises au cours des stages hospitaliers, du stage chez le praticien et au cours de certains projets professionnels (CPEF, PMI, consultations gynécologiques autres). Il évaluait les compétences acquises selon 5 critères principaux (contraception, urgences gynécologiques, ménopause, dépistage des cancers gynécologiques et suivi de grossesse) et ses résultats faisaient ressortir que 80% des internes de médecine générale arrivaient à acquérir au moins 4 de ces critères en milieu hospitalier contre 50% au cours du stage chez le praticien de niveau 1 et 55% au cours du SASPAS. Concernant le CPEF et les consultations gynécologiques on arrivait à 70%. Le 5^{ème} critère non acquis concernait souvent la ménopause. Les résultats de cette étude ne sont pas forcément transposables puisque la population étudiée était parisienne et urbaine. Toutefois ceux-ci montrent tout l'intérêt d'un stage de gynécologie par rapport au seul stage chez le praticien.

Tout ceci indique qu'en suivant la maquette actuelle l'IMG peut passer à côté de connaissances indispensables à son exercice ultérieur. La gynécologie est une spécialité importante en médecine générale et constitue un grand nombre de motifs de consultation. La dichotomie dans le choix des stages de pédiatrie et de gynécologie, et ici l'absence d'un stage de gynécologie, semble nuire à l'exercice de cette spécialité chez le jeune médecin

5. Une pratique facultative en médecine générale

Dans sa thèse, Lila BEN ABDALLAH étudiait une population de 9 médecins généralistes de tout âge installés en région Rhône-Alpes [19]. Ces médecins n'avaient pas tous reçu la même formation pourtant ils disaient avoir le choix d'exercer ou non la gynécologie. Ceci était dû à la présence de gynécologues ou de sages femmes à proximité. Les hommes installés en groupe remarquaient également que les patientes allaient plus facilement voir leurs consœurs pour les problèmes gynécologiques.

Notre étude retrouve les mêmes données alors que notre population concerne de jeunes praticiens et une plus large proportion de femmes. Certaines différences sont à souligner, comme le fait que leur pratique est influencée par l'exercice de leur prédécesseur, mais l'influence du réseau de soin est prépondérante. Au sein d'une maison médicale, s'il y avait présence d'une sage femme ou d'un confrère gynécologue le médecin était moins sollicité.

Dans notre population, seule une femme médecin avait réalisé un stage de gynécologie ambulatoire à la fin de son DES (projet professionnel). Elle avait même poursuivi sa formation avec le DIU de gynécologie. Son objectif était de pratiquer plus, car elle se sentait particulièrement à l'aise et intéressé par cette spécialité. Elle signalait qu'elle avait acquis sa confiance au cours des stages qui dépendaient du DIU et que selon elle les stages de l'externat n'auraient pas suffi. Son intérêt pour la gynécologie était tel qu'elle souhaitait réaliser les consultations gynécologiques de ses confrères s'ils étaient d'accord.

Si actuellement les médecins généralistes peuvent encore choisir de pratiquer ou non la gynécologie médicale, ils vont être de plus en plus sollicités dans l'avenir. En effet, selon l'atlas national de la démographie médicale de 2015 [37], le nombre de gynécologues libéraux baisse. Agés en moyenne de 55 ans, les gynécologues libéraux de 40 ans et moins représentent 2,8% des effectifs tandis que les gynécologues de 60 ans et plus représentent 59% des effectifs. Toujours dans ce rapport, 66% des bassins de vie de France ne recensent aucun spécialiste en gynécologie en exercice libéral/mixte. Sur la période 2008/2015, 19,5% des bassins de vie enregistrent une baisse des effectifs et 10,6% ont stabilisé le nombre de gynécologues libéraux et mixtes sur leur territoire. Si on regarde le nombre de postes offerts aux internes de gynécologie médicale, on constate que celui-ci est très faible. S'il a plus que doublé en 2014-2015, les 20 postes nationaux en 2008-2009 promettaient une disparition de la discipline. Sans référent spécialiste les femmes devraient s'orienter vers leur généraliste.

Devant cette baisse programmée des professionnels de santé dans ce domaine, la loi Bachelot de 2009 prévoit une extension des missions des sages femmes [44]. « *Elles peuvent désormais proposer un frottis cervical. L'exercice de la profession peut comporter la réalisation de consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.* » Cette aide semble être utile vu les effectifs médicaux en place et à venir et une formation spécifique doit également leur être apportée.

Que cela soit suffisant ou non, le médecin généraliste a toute sa place dans le suivi des patients dans leur globalité [1]. Le suivi complet de la femme fait partie intégrante de sa mission et cela nécessite une formation particulière. Cet apprentissage est nécessaire car il sera quotidiennement exposé au suivi des femmes, que le médecin ait le choix de pratiquer la gynécologie-obstétrique ou non.

CONCLUSION

Notre étude a permis de répondre à l'objectif que nous nous étions fixés, à savoir comprendre l'influence de l'absence d'un stage de pratique de gynécologie au cours du DES de médecine générale.

Alors qu'ils étaient internes, les jeunes médecins généralistes formés en Picardie ont dû choisir entre un stage de gynécologie ou un stage de pédiatrie. L'importance de la pédiatrie pour leur pratique future les avait amenés à délaissé le stage de gynécologie. Ils n'étaient donc formés à la gynécologie-obstétrique que lors de cours magistraux ou lors du stage chez le praticien de niveau 1. La formation n'était pas le seul facteur influençant cette pratique. Plusieurs déterminants étaient à prendre en compte comme la façon d'exercer de leur prédécesseur, l'aspect chronophage lié à la spécialité ou encore l'aspect médico-légal. Cependant, le moteur principal semblait être l'intérêt pour la gynécologie-obstétrique. C'est ce qui motivait le recours à des formations complémentaires ou l'abandon de la spécialité au profit d'autres professionnels de santé. En effet, les médecins qui souhaitaient faire plus de gynécologie au quotidien ne se sentaient pas assez aguerris et un apprentissage complémentaire était nécessaire.

Pour palier à cela, une refonte du DES de médecine générale est nécessaire. Un stage de gynécologie doit faire le lien entre la pratique et l'enseignement magistral. La nouvelle réforme qui se profile dès la rentrée universitaire 2017 devrait inclure plus de stages ambulatoires, notamment pour le pôle femme-enfant. Cette perspective était perçue comme intéressante par notre population. Cela implique une nouvelle organisation des facultés de médecine qui devront recruter de nouveaux MSU et créer de nouveaux terrains de stage.

En médecine générale comme en gynécologie médicale, la démographie médicale baisse alors que la demande de soins est une réalité. Cela devrait amener les praticiens à s'appuyer de plus en plus sur le soutien d'autres professionnels de santé comme les sages femmes. Cependant, ils doivent garder une formation adaptée en gynécologie-obstétrique. Cela est d'autant plus important qu'en cas de consultation anormale chez la sage-femme c'est le médecin généraliste qui sera sollicité.

Cette étude doit faire prendre conscience des lacunes actuelles dans la formation du médecin généraliste en gynécologie. Elle ouvre la porte à d'autres travaux qui étudieraient par exemple la pratique des médecins qui ont effectué un stage en gynécologie alors qu'ils étaient internes. Les améliorations qui seront apportées par la réforme du DES de médecine générale pourront également être évaluées dans quelques années.

BIBLIOGRAPHIE

1. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J et al. La définition européenne de la médecine générale/médecine de famille. WONCA Europe 2002. [Internet]. Disponible sur: <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>
2. LE GOAZIOU M-F. le médecin généraliste peut et doit faire de la gynécologie. Revue du Praticien - Médecine générale. 1999;(13):1645-6.
3. GATIN B. Le CNGOF ouvre ses portes aux généralistes. Panorama du médecin. nov 2006;5038 : 65.
4. Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Compte rendu de l'audition des gynécologues médicaux du 2 février 2011 [Internet]. 2011. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2013 [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_2013.pdf
6. MAURAN N. Place du Médecin Généraliste en Gynécologie-Obstétrique : Enquête auprès des médecins landais [Thèse médecine générale]. Bordeaux; 2006.
7. DIAS S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie obstétrique par les médecins généralistes d'Ile de France. Thèse médecine générale Paris VII; 2010.
8. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales | Legifrance [Internet]. [cité 2 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781658>
9. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales | Legifrance [Internet]. [cité 16 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000773722>
10. Odile Angot; Jean-Christophe Poutrain; Université Paul Sabatier (Toulouse).; Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil. Le DES de médecine générale vu par les internes 3 ans après sa création : enquête réalisée fin 2007 à partir d'un questionnaire national envoyé aux internes de médecine générale de 24 facultés de médecine françaises. Thèse d'exercice : Médecine : Toulouse 3; 2009;
11. Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023560798&dateTexte=&categorieLien=id>
12. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine | Legifrance [Internet]. [cité 23 nov 2015]. Disponible sur:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022747156&categorieLien=id>

13. Conseil d'administration de l'Isnar IMG. ISNAR-IMG [Internet]. 2014 oct p. 8/17. Disponible sur: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/141028_isnarimg_propositions_tcem_ca_clermontferrand.pdf
14. Christophe Gattuso. La formation des médecins révisée de fond en comble ? - Changement de braquet pour le 3e cycle | Le Quotidien du Médecin. 19 oct 2015;n° 9442.
15. ARS de Picardie. Arrêté D-PRPS-MS-GDR n°2014-385 portant répartition des postes d'internes du troisième cycle des études médicales offerts au choix pour le semestre du 3 novembre 2014 au 3 mai 2015 dans la subdivision d'Amiens.
16. Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative Research. Aldine Transaction ed. Chicago; 1967.
17. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. [Internet]. Lille; 2009. Disponible sur: <http://www.theorisationancree.fr/Guide11.pdf>
18. DESMOND L. Analyse de la pratique en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de l'Indre. [TOURS]; 2013.
19. Lila BEN ABDALLAH. Quels sont les déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes? [Université Claude Bernard Horner - Lyon 1]; 2013.
20. Jadwiga Zmudka. La pratique de la gynécologie médicale et obstétrique des médecins généralistes en Picardie : les obstacles, les attentes, les besoins en formation (Livre, 2010) [WorldCat.org] [Internet]. [Amiens]; 2010 [cité 14 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.worldcat.org/search?q=no%3A758628614>
21. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. BMJ. 2000 Jan; 320 (7226):50-2.
22. Côté L, Turgeon J. Appraising qualitative research articles in medicine and medical education. Med Teach. 2005 Jan 27 (1):71-5.
23. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. 2002 mai ; volume 3, numéro 2, p 81-90.
24. Céline BOYOD-GHIDOSI. La féminisation de la médecine générale en pratique : Du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble, entre attentes et réalité. [Internet]. Grenoble; 2011. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00653562/document>
25. Marie-Christine Bournot, François Tuffreau, Marie-Cécile Goupil, Elodie Cercier (ORS Pays de la Loire) et, Thomas Hérault (URPS-ml Pays de la Loire). panel en médecine générale - 2010-2012 - pays de la loire. L'exercice en cabinet de groupe > des médecins généralistes des pays de la loire. URPS Pays de la Loire; 2013.

26. Charlotte CHANDEZ et François CHIRON. Facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale chez les internes et les jeunes médecins récemment installés en Rhône - Alpes: étude qualitative par focus groups et entretiens semi-dirigés [Internet]. [Grenoble]; 2013. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00986914/document>
27. Article 11 du Code de Déontologie Médicale.
28. Gallois P. La formation médicale continue : principes, organisation, objectifs, méthodes et évaluation. Médecine-Sciences Flammarion : 1997.
29. Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.
30. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
31. LOI n° 2009-879 du portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&idArticle=JORFARTI000020879577&categorieLien=cid>
32. ISNAR. PRÉCIS à l'usage des futurs Internes de Médecine Générale [Internet]. Disponible sur: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/150511_precis_ecn_2015.pdf
33. S. BAGAN. Pratique clinique en gynécologie-obstétrique des internes en médecine générale lors du stage de gynécologie-pédiatrie chez le praticien. Toulouse : Th. Med.; 2012.
34. BRES Anne-Laure. Pratique clinique en gynécologie-obstétrique des internes en médecine générale lors des stages « annexes » du stage de gynécologie-pédiatrie chez le praticien. Toulouse III-Paul SABATIER; 2012.
35. F Couraud; FR Pruvot. Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://isni.fr/wp-content/uploads/2014/04/Rapport-Couraud-Pruvot-avril14-2.pdf>
36. Collège National des Généralistes Enseignants. Enseigner et exercer la médecine générale - 15e congrès national - Transcription [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_files/file_manager/michele_lieurade/CNGE_26_271115_Le_futur_DES_de_medecine_generale.pdf
37. LE BRETON-LEROUVILLOIS G. Atlas national de la démographie médicale [Internet]. Ordre national des médecins; 2015. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
38. Pauline PIERRE. Motivations et réticences à devenir maîtres de stage universitaires - étude qualitative. Amiens; 2013.
39. Département de médecine générale de la faculté de Poitiers. Agrément pour être Maître de stage universitaire « femme-enfant » ambulatoire validant le stage « Gynéco-pédiatrie » de

- la maquette du DES de médecine générale [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.cogemspc.fr/dmg/commission_pedagogie/agrement_stage_femme_enfant.pdf
40. Société Française de Médecine Générale (SFMG). Au sujet du généraliste et du suivi médical des enfants [Internet]. 2005. Disponible sur: <http://www.sfm.org>
 41. Nadège LAUCHET. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute Vienne, obstacles et besoins de formation identifiés. [Limoges]; 2010.
 42. Olivier Kandel, Didier Duhot, Gérard Very, Jean-François Lemasson, Philippe Boisnault. Typologie des actes en médecine générale. la revue du praticien [Internet]. Juin 2004; Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/128/fichier_article_typo_rdp2ba8d.pdf
 43. Jules CLEMENT. la formation gynécologique au cours du DES de médecine générale [Thèse]. PARIS Diderot VII; 2011.
 44. Loi Bachelot [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-bachelot-hopital-patients-sante-et-territoires-hpst.pdf>

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1

Script :

Entretien semi-dirigé :

1- Présentation

Age

Sexe

Faculté de réalisation du DES

Année d'installation

Année de fin du DES

Type d'exercice ? (désiré ?)

(*Stages réalisés ?*)

2- Pourquoi ne pas avoir fait de stage en gynécologie?

3- Comment jugez-vous votre pratique actuelle de la gynécologie?

Gestes pratiqués, principales difficultés ressenties.

Suivis (Gynéco et Obstétrique)

4- Quels sont les moments au cours de votre formation en médecine générale où vous pensez avoir été formé à la gynécologie ?

Stages : lesquels

Cours ?

Autres ?

5- Comment aurait-on pu améliorer cette formation?

6- Comment avez-vous comblés vos lacunes en gynécologie ?

Formation réalisée depuis la fin du DES

7- Que pensez-vous des stages ambulatoires en gynéco-pédiatrie ?

Les décrire

Auriez-vous souhaité y participer/ comment ce stage aurait pu améliorer la formation ?

ANNEXE 2

Entretiens disponibles sur CD ROM en troisième de couverture.

RESUME

INFLUENCE DE L'ABSENCE D'UN STAGE DE GYNECOLOGIE AU COURS DU D.E.S. DE MEDECINE GENERALE SUR LA PRATIQUE DU MEDECIN GENERALISTE

INTRODUCTION: Le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale existe depuis 2007. Un semestre est consacré au pôle femme-enfant. En Picardie il fallait choisir entre un stage de pédiatrie ou de gynécologie. Il paraissait intéressant d'analyser l'influence de l'absence d'un stage pratique de gynécologie au cours du DES de médecine générale sur la pratique du médecin généraliste.

METHODE: Une enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée auprès de jeunes médecins généralistes picards. Tous avaient été formés à Amiens et aucun n'avait effectué de stage gynécologique. Les entretiens ont été analysés selon la méthode de la théorisation ancrée

RESULTATS: Dix médecins ont été interrogés. Leur pratique gynécologique était assez hétérogène mais mal vécue à cause du manque d'expérience. Elle était influencée par la formation reçue mais surtout par l'intérêt porté à la spécialité. Ils auraient souhaité avoir pu participer à des stages pratiques de gynécologie, même couplés à la pédiatrie. Ils considéraient les stages ambulatoires en gynécologie et pédiatrie plus proches de leur pratique actuelle.

DISCUSSION: Avec les modalités de formation actuelles, l'interne peut complètement passer à côté de l'enseignement pratique en gynécologie. Des améliorations sont envisageables en Picardie. Une refonte du DES pourrait avoir lieu dès 2017 et le pôle femme-enfant serait traité en stage ambulatoire. Ceci requiert une préparation dès à présent et le recrutement de nouveaux terrains et maîtres de stage.

CONCLUSION: L'absence d'un stage de gynécologie n'est pas le seul facteur influençant la pratique gynécologique du médecin généraliste mais la formation actuelle doit être améliorée.

Mots clés : Médecine Générale - Pratique- Stage - Gynécologie

ABSTRACT

THE CONSEQUENCES OF THE ABSENCE OF A GYNAECOLOGY INTERSHIP DURING THE LEARNING PROCESS OF MEDICINE ON MEDICINE PRACTICE

INTRODUCTION: The Diploma for Specialised Studies in general practice has existed since 2007. For his training, the general practitioner follows the training programme of the "DES de médecine générale", French studies for general practitioners' diplomas. During these studies half a year is devoted to the women-children board. In Picardie, we had to choose either between a gynaecology internship or a paediatrics internship. It seemed interesting to analyse why the absence of gynaecology internship during the general practitioner studies had an influence on the general practitioner practice.

METHOD: A qualitative survey, based on semi-managed individual interviews was carried out among young general practitioners living in Picardy. All of them had been trained in Amiens and none of them had had the possibility of doing a gynaecology internship. These interviews were then analysed on the basis of the « grounded theory ».

RESULTS: Ten general practitioners were interviewed. Their gynaecologist's practices were quite heterogeneous and not well lived personal experiences. The survey was influenced by the learning process but above all by the interest that the subject aroused. They would have liked to be able to take part in the gynaecology internship even coupled with paediatrics internship. These practitioners considered the gynaecology and paediatrics ambulatory internships closer to their current practice.

DISCUSSIONS: Because of the current methods of training, the intern can completely miss the practical teaching of gynaecology; this is why improvements are possible. A revision of the French general practitioner diploma could take place as of 2017 and the women-children board would be then considered as an ambulatory internship. This revision requires a thorough preparation as well as the recruiting of new internship supervisors.

CONCLUSION: The absence of a gynaecology internship is not the only factor that influences the gynaecology practice of a general practitioner nevertheless current training must be improved.

KEY WORDS: General medicine diploma – Practice – Internship - Gynaecology